N° 125.
6

EXAMEN SOMMAIRE

DES

RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTRE.



Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 19 AOUT 1837,

PAR EUGÈNE LECLERC,

de NANCY (département de la Meurthe),

CHIRURGIEN SOUS-AIDE A L'HOPITAL MILITAIRE DE TOULON;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,

JEAN MARTEL AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

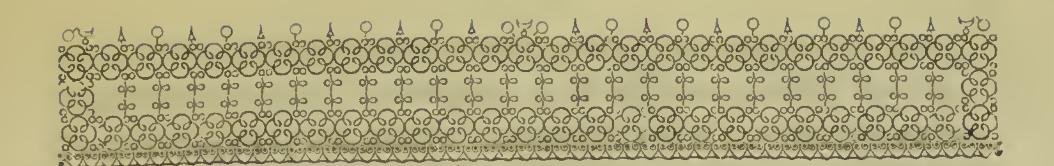
rue de la Préfecture, 10.

1837.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Témoignage d'affection.

EUG. LECLERC.



EXAMEN SOMMAIRE

des Rétrécissements organiques

DE L'URÈTRE.

M'instruire en accomplissant un devoir, tel a été mon but. Puisse ce travail n'être pas trop incomplet !

I. Le meilleur point de vue pour apprécier l'importance d'un état pathologique quelconque, est d'en considérer le résultat infaillible. Sous ce rapport, il est permis, je crois, d'avancer qu'un rétrécissement organique livré à lui-même occasionne tôt ou tard une rétention complète d'urine. La conséquence rigoureuse de cette proposition est certainement la nécessité de moyens curatifs au moindre indice d'une semblable altération. S'il en était ainsi, la chirurgie donnerait des secours bien plus promptement efficaces ; mais, pour les réclamer, le malade attend trop souvent d'en être réduit à un état presque incurable. Dans le commencement, quelques jours eussent suffi, et il faudra des mois, des années pour le rétablir ; sa vie même peut-être est compromise.

Aussi, par la gravité de leurs accidents, les coarctations de l'urètre ont-elles fixé d'une manière toute particulière l'attention d'un grand nombre de chirurgiens du siècle passé, et surtout de celui dans lequel nous vivons.

Les rétrécissements de l'urètre, dit Dupuytren, ont donné lieu aux opinions les plus diverses, aux traitements les plus variés.

Si cette partie de l'art a fait des progrès lents, on peut en accuser le peu de connaissances positives sur les causes et la nature de la maladie.

La théorie a long-temps reposé sur des faits inexacts.

On s'est occupé du traitement, avant d'être remonté aux causes et avant d'avoir déterminé la nature de la maladie.

L'anatomie pathologique et la physiologie, en éclairant les différents points de cette étude, devaient conduire à des indications thérapeutiques importantes. L'expérience des praticiens démontre qu'une seule méthode de traitement ne saurait suffire à l'exclusion des autres; en sorte que la direction imprimée aux esprits est, non pas de faire prévaloir tel ou tel moyen, mais de bien préciser les conditions favorables à l'emploi de chacun d'eux.

II. On appelle rétrécissement organique de l'urètre, celui qui est permanent et qui consiste en une altération du tissu propre du canal.

On le distingue de tout état morbide, dans lequel un agent extérieur au canal s'oppose au libre cours de l'urine : on réserve à ce dernier cas le nom de compression; on s'appuie encore, pour établir cette différence, sur l'indication de moyens thérapeutiques spéciaux.

Cependant cette séparation ne me paraît point aussi tranchée qu'elle le semble au premier abord; je fonde mon opinion sur ce que le rétrécissement a souvent son siége dans le tissu sous-muqueux de la membrane interne de l'urètre. L'induration agit alors sur cette membrane, comme une tumeur développée en dehors du canal se comporte à l'égard de celui-ci : l'effet a la plus grande ressemblance. On conçoit dès-lors comment on a pu, dans le premier cas, opérer rationnellement sur les tissus altérés par une incision dirigée de l'exté-

rieur à l'intérieur : ainsi, cette manière de faire a été adoptée dans une classe entière de rétrécissements, ceux par nodosités. Je crois donc que bien des rétrécissements ont de l'analogie avec les compressions du canal, par la manière dont la cause diminue la capacité de l'urètre ; je crois même l'analogie de ces deux états morbides susceptible de jeter quelque jour sur la valeur de la dilatation et de la cautérisation.

III. Chez des personnes d'une constitution sanguine, on a vu les rétrécissements succéder à des excès de table et de coït, à l'exercice souvent répété de l'équitation. Rarement ils sont produits par l'onanisme ; on en a remarqué quelquefois qui dépendaient d'une affection dartreuse et rhumatismale.

Du nitrate de potasse pris à la dose de deux onces, au lieu de sel d'Angleterre, a déterminé une coarctation qui, traitée sans succès par tous les moyens possibles, fut guérie trente années après par M. Lallemand, au moyen de l'incision du canal pratiquée de dehors en dedans sur le point rétréci. La présence de corps étrangers, de sondes à demeure dans le canal, ont occasionné des rétrécissements ; on cite l'exemple d'un fou épileptique qui en présenta un vers le milieu du canal, pour avoir été soumis à l'usage de sondes à demeure, dans l'intention de lui faire perdre une manie dont on n'avait pu le déshabituer.

Les ulcérations, les déchirures de l'urètre par causes externes, les contusions suivies ou non de perte de substance, en provoquent fréquemment la formation.

Malgré toute la justesse des faits présentés par Hunter, on n'a point adopté ses conclusions ; et l'inflammation blennorrhagique est considérée par tous les praticiens, comme la cause la plus fréquente de la maladie que nous étudions. Cependant il n'est point rare de voir des personnes assujéties depuis un temps très-long à des écoulements chroniques, sans en éprouver aucun obstacle à l'émission de l'urine. Pour se rendre compte de ce phénomène, il faut observer la formation du rétrécissemeut ; ce n'est point l'acte de sécrétion en lui-même qui doit expliquer ce résultat. Une nature différente d'inflammation amène une altération différente, une induration se forme ; tandis qu'à

la surface libre du canal, par le fait même de la sécrétion, il n'y existe pas d'induration : la rougeur, la turgescence, l'ulcération, telles sont les formes de lésion que présente la membrane muqueuse, dans ces cas qu'on a appelés inflammations érysipélateuses, véritables catarrhes.

Parmi les conditions que nous avons vu donner naissance à des rétrécissements, certaines peuvent mettre obstacle au jet de l'urine sans avoir déterminé aucun écoulement ; les contusions sont dans ce cas : on voit un point d'induration se former dans le tissu cellulaire sous-muqueux, sans que la membrane qui tapisse l'intérieur de l'urètre soit le siége d'altération bien marquée ; si elle l'affecte, ce n'est que consécutivement, par l'irritation qu'y suscite le point induré. Beaucoup de chirurgiens accusent le traitement de la gonorrhée par les injections de produire des rétrécissements, d'autres pensent qu'elles ne les déterminent pas. Je suis loin de nier la part que leur application intempestive peut leur donner ; cependant méritent-elles toujours le reproche qu'on leur a adressé, et doit-on les rejeter entièrement? Je crois que le moment de leur emploi est celui où la maladie a manifesté son passage à l'état chronique par la cessation complète des douleurs, la diminution de l'écoulement devenu blanc se rapprochant de la sérosité ; les injections ont alors pour effet de modifier la manière d'être de la surface sécrétoire, par une action tonique sur son tissu.

Sans doute, elles seront très-utiles ou très-nuisibles suivant l'époque de la maladie à laquelle on y a recours ; on conçoit aussi que le degré plus ou moins grand de concentration des substances employées, produit des résultats bien différents.

Voici comment s'exprime Cullerier : « Ceux qui rejettent les injections vers la fin des blennorrhagies, croient qu'elles donnent lieu au resserrement de l'urètre ; mais quand on injecte en l'absence de la douleur et de l'inflammation, quand on fait usage d'une injection qui n'est pas caustique, comment croire qu'il en résultera un rétrécissement? »

Puisque des malades ont des coarctations sans avoir jamais pratiqué d'injections, que d'autres en ont fait sans voir survenir aucun obstacle à l'écoulement de l'urine, en employant ce moyen à propos, on pourrait arrêter ces écoulements chroniques, qui, après avoir altéré le

canal, déterminent des rétrécissements. M. Lallemand emploie la cautérisation contre les blennorrhagies invétérées. En contact avec la surface muqueuse, le nitrate d'argent produit une action vive et prompte ; une inflammation franche remplace l'irritation chronique, les follicules se resserrent, et sous l'influence de cette médication, l'inflammation qui a été aiguë marche rapidement vers la résolution. A-t-on à craindre un rétrécissement consécutif, l'expérience prouve le contraire. La cautérisation ne produit pas de perte de substance; elle détruit superficiellement la muqueuse qui est altérée, forme une escarre légère. Le même phénomène se passe dans la brûlure surperficielle de la peau, où le tissu fibreux n'a pas été détruit, l'épiderme seul se détache; de même dans le canal l'escarre superficielle, il n'y a pas de cicatrisation proprement dite, et par conséquent de resserrement consécutif. Chez quelques sujets d'une constitution nerveuse exagérée, sans inflammation, sans lésion organique, un état de spasme de l'urètre rétrécit son calibre, le passage de l'urine y détermine des resserrements involontaires, le jet de ce fluide est difficile, intermittent; chez un malade, ce resserrement s'est manifesté successivement à quatre, à six, à deux, puis à sept pouces du méat urinaire. Chez une autre personne, par la plus légère émotion, l'urine coulait tantôt goutte à goutte, tantôt à plein jet. L'autopsie ne présenta aucune trace d'altération. Sans refuser aux contractions musculaires une grande participation dans cet état morbide, la composition du canal formé de tissu éminemment érectile contribue à expliquer cette action.

On a donné à cet état particulier du canal le nom de *rétrécissements spasmodiques;* on les distinguera des rétrécissements organiques, en ce qu'ils naissent le plus souvent sans circonstances commémoratives, quelquefois la peur ou les chagrins peuvent les déterminer.

Un caractère qui leur est propre, c'est de n'être pas continus.

IV. Dans les siècles derniers, les chirurgiens étaient persuadés que les obstacles de l'urètre étaient toujours formés de carnosités : on a reconnu combien cette espèce d'altération était rare.

2

Suivant M. le professeur Lallemand (1), on peut élever en proposition générale que les rétrécissements organiques sont un résultat immédiat ou éloigné d'une inflammation, produits, soit par une induration, soit par un ulcère; dans ces deux variétés, c'est toujours en définitive un tissu induré, une cicatrice que l'on observe. Des indications précieuses pour le traitement découlent de ce principe; lorsque nous nous occuperons du traitement, nous examinerons les différentes formes sous lesquelles on doit considérer ces coarctations.

V. Depuis le méat jusqu'à l'autre extrémité tous les points intermédiaires du canal peuvent offrir des rétrécissements.

Hunter n'en a jamais vu dans la portion de l'urètre qui traverse la prostate; E. Home les a rencontrés à la distance de six pouces et demi à sept pouces de l'orifice du gland; Astley Cooper prétend qu'ils se développent aussi à la portion membraneuse et prostatique; les observations de M. Lallemand confirment aussi ce fait; cependant toutes les parties de l'urètre ne sont point également exposées aux coarctations, et la portion bulbeuse est de toutes celle qui paraît en présenter le plus souvent. Cette position les rend plus graves à cause de la texture des parties, et la présence de la courbure sous-pubienne fait que l'introduction des instruments y est d'une exécution plus difficile.

On en rencontre aussi très-fréquemment au méat urinaire et à la fosse naviculaire; s'il existe plusieurs rétrécissements, il y en a toujours un au bulbe: on a expliqué cette prédilection par l'étroitesse du canal en ce point à l'état normal, par les tractions violentes qu'il éprouve pendant l'érection.

Les rétrécissements à la fosse naviculaire doivent leur fréquence à ce que cette partie est le siége ordinaire des blennorrhagies.

Quel que soit en général le siége d'une coarctation, la portion de l'urètre située en avant se trouve sans altération; celle qui est en arrière est plus ou moins élargie. La membrane muqueuse est rouge,

(1) Considérations pratiques sur les rétrécissements du canal de l'urètre, par M. Bermond.

irritée, fongueuse; cet état explique le suintement muqueux et quelquefois puriforme qui tache le linge des malades ou précède le premier jet des urines, le dépôt trouble qu'elles laissent au fond du vase, la promptitude avec laquelle elles s'altèrent, et l'odeur infecte qu'elles contractent.

VI. Suivant A. Cooper, le premier symptôme du rétrécissement est la rétention de quelques gouttes d'urine dans le canal à chaque émission de ce fluide, ces gouttes sortent après. Une autre quantité de ce liquide séjourne entre le col de la vessie et le point rétréci; on peut, par la pression, la faire sortir de l'urètre; mais les personnes avancées en âge et les enfants présentant quelquefois cette impossibilité de l'émission complète de l'urine, on ne doit point y attacher une confiance entière. La plupart des personnes affectées de rétrécissements ne s'en aperçoivent que lorsque les symptômes sont portés à un certain degré. A mesure que la maladie augmente, le jet de l'urine est moins gros, moins long, entortillé ou bifurqué; le besoin d'expulser l'urine se fait sentir plus souvent. Les rétrécissements organiques ne se forment jamais en peu de temps, leur développement est lent, et les malades les portent quelquefois pendant plusieurs années, sans que l'excrétion de l'urine soit assez empêchée pour qu'ils réclament les secours de l'art.

A quelques exceptions près, il faut, en général, trois ou quatre ans pour que l'étroitesse de l'urètre, dans le point malade, gêne très-notablement le cours de l'urine. Il arrive une époque où la difficulté de l'excrétion, la nécessité de la répéter souvent, le sentiment de pesanteur dans les aines et l'hypogastre, la fatigue et la douleur de la région lombaire, font redouter une rétention complète d'urine. La vessie ne se vide plus complétement, en sorte que, si on vient à sonder le malade après qu'il a uriné, il s'imagine qu'il n'y a plus rien dans la vessie, et est tout étonné d'en voir retirer une grande quantité de liquide. Le jet de l'urine est petit, interrompu, et ce liquide ne coule plus que goutte à goutte.

La dernière période à laquelle tend tout rétrécissement, est la

rétention complète ; mais le plus souvent cet état se présente dans certaines circonstances particulières : le malade s'est refroidi, a pris des boissons alcooliques en grande quantité ; un excès de table, une équitation prolongée, un voyage en voiture, un coït immodéré produisent cet effet : toutes ces causes agissent en déterminant une excitation plus forte du canal. La membrane muqueuse de l'urètre, toujours malade derrière le rétrécissement, sécrète une plus grande quantité de mucosités ; si elles s'agglomèrent derrière le rétrécissement tuméfié par l'abord des liquides, elles en bouchent tout-à-fait l'ouverture et s'opposent entièrement à la sortie de l'urine. Le canal n'étant jamais oblitéré complétement, on explique ainsi les rétentions complètes. De plus, lorsque l'orifice de la coarctation est dans cet état, les tentatives faites pour introduire un corps étranger peuvent être la cause déterminante de la rétention. Ainsi, on voit le malade passer par toutes les phases désignées par les noms de dysurie, strangurie et ischurie : on voit alors des accidents graves se déclarer ordinairement à la portion du canal comprise entre l'obstacle et la vessie, si de prompts secours ne sont immédiatement apportés.

Cette partie de l'urètre, distendue outre-mesure pendant les efforts violents et douloureux auxquels se livre le malade, devient le siége d'une crevasse, et l'urine s'insinue dans le tissu cellulaire du scrotum. L'infiltration peut s'étendre jusqu'aux aines, à la partie inférieure de l'abdomen ; les tissus baignés par l'urine sont atteints d'une inflammation violente ; ils prennent une couleur rouge livide, des escarres gangréneuses ne tardent pas à se former, quand elles se détachent une sanie infecte mêlée d'urine s'écoule ; si le malade ne succombe pas, lorsque tous ces accidents fâcheux sont dissipés, il reste une ou plusieurs fistules urinaires.

Mais ce ne sont point là toutes les lésions qui se rattachent à la présence des coarctations ; le séjour de l'urine, les efforts considérables pour en provoquer l'expulsion déterminent le catarrhe chronique de ce viscère et souvent son inflammation aiguë.

C'est à la propagation des phénomènes inflammatoires et à la présence de l'urine, qui ne peut suivre sa voie naturelle, qu'on attribue les

différentes altérations remarquées dans la prostate, les vésicules séminales, les testicules, les uretères ou les reins; ces altérations se manifestent par des émissions involontaires de sperme, les engorgements des organes dont nous avons parlé et leur fonte purulente.

Outre cette influence morbide exercée par les coarctations sur l'ensemble des organes génito-urinaires, influence si bien étudiée dans ces derniers temps, elles peuvent entraîner à leur suite d'autres phénomènes pathologiques. Il n'est pas rare de voir des hernies, des hémorrhoïdes provoquées par les contractions soutenues des muscles abdominaux et du diaphragme. Sans parler du trouble qui existe dans toutes les fonctions, la digestion, etc., en sorte que les traits portent l'empreinte d'une lésion organique profonde, les accès de fièvre intermittente par une semblable cause sont très-fréquents; on a pu aussi constater l'épilepsie.

VII. Lorsqu'après une ou plusieurs blennorrhagies on voit persister un écoulement blanchâtre peu abondant; quand on voit nager dans l'urine de petits filaments muqueux, on doit craindre un rétrécissement organique commençant. Il se forme avec tant de lenteur qu'il est difficile, dans le principe, d'en soupçonner l'existence, et l'écoulement seul fixe alors l'attention des malades. Les bougies rendues plus molles par l'addition d'un peu de suif sont très-utiles pour constater cet état; après un séjour d'une ou deux heures, elles présentent presque toujours une dépression dans le point qui correspond à l'obstacle. M. Amussat a inventé un instrument explorateur qui agit d'arrière en avant sur la coarctation. On conçoit que ces moyens sont d'autant moins sûrs que les rétrécissements sont moins formés; il faut employer beaucoup de précautions et des tentatives réitérées. C'est ici surtout que le porte-empreinte me paraît mériter les reproches qu'on lui a adressés, si on songe que la cire à mouler se déprime tout aussi bien sous l'action d'un pli, d'un mouvement spasmodique, d'un aplatissement momentané du canal, que par le fait d'une coarctation véritable. A cette première période il en succède une seconde mieux caractérisée; l'urine n'est plus lancée qu'à une petite distance; le jet

est entortillé, filiforme; reçue dans un vase, l'urine présente des flocons blanchâtres. Les malades éprouvent une sensation douloureuse au périnée; à cette époque, si on veut introduire une sonde ou une bougie dans la vessie, elles sont arrêtées par l'obstacle et causent de la douleur quand on fait des efforts pour les pousser plus avant. Une sonde mousse quelconque suffit pour connaître la profondeur d'un rétrécissement. Le plus souvent la saillie que les indurations de l'urètre font dans le canal est inégale, c'est-à-dire que le tissu induré ne s'avance pas régulièrement de sa circonférence vers son axe. Quelquefois, cependant, les indurations de l'urètre sont circulaires; lorsqu'elles ne présentent pas cette forme, elles sont latérales; et dans ce cas, l'ouverture du rétrécissement se trouve du côté opposé à l'engorgement. C'est au moyen de la sonde exploratrice de Ducamp qu'on acquiert les données les plus positives sur la forme, la position et l'étroitesse de l'orifice. On a imaginé plusieurs moyens pour mesurer la longueur des rétrécissements: un des plus exacts est la bougie emplastique assez molle pour recevoir l'empreinte d'une pression.

M. Velpeau, pour connaître cette longueur, se sert d'un stylet à tête sphérique, contenu comme un mandrin dans une sonde, ou porté seul. Ce stylet rencontre l'obstacle, on note le chiffre qui correspond au méat urinaire, il franchit la résistance qui l'arrête quand on le retire; ainsi, il est possible par ce mécanisme de mesurer l'étendue de la coarctation. Il est difficile de déterminer le nombre de rétrécissements qui existent chez le même individu. Les bougies emplastiques chargées de cire, que Ducamp voulait conduire sur tous les rétrécissements à la fois, n'ont pas une grande valeur; il peut exister une coarctation plus étroite devant une qui le soit moins, on franchit la seconde sans la sentir, ce n'est qu'après avoir détruit la première qu'on reconnaît la seconde. Le degré de consistance se reconnaît à la sensation que détermine le contact des instruments.

VIII. Plusieurs maladies peuvent simuler un rétrécissement: ce sont l'engorgement de la glande prostate, les varices du col de la vessie, les déviations du canal de l'urètre, la présence de matières fécales dans

l'intestin rectum. J'ai déjà parlé du rétrécissement spasmodique, je n'y reviendrai pas. Quant aux rétrécissements inflammatoires, ils naissent au milieu de circonstances caractéristiques; ils surviennent après les fatigues d'une marche forcée, d'une course à cheval, etc., à la période aiguë d'une urétrite, après des injections astringentes faites à contre-temps; ils sont le résultat de l'afflux plus considérable du sang dans le tissu spongieux et dans la membrane muqueuse de l'urètre. Cet état de turgescence est ordinairement passager, sinon il se termine par un rétrécissement organique.

Pour reconnaître l'engorgement de la prostate, il suffira d'introduire le doigt dans le rectum; on appréciera, de cette manière, le volume et la sensibilité de cet organe. Si l'engorgement était circonscrit au lobe moyen, la sonde arrêtée lorsqu'elle suivrait une marche directe, arriverait dans la vessie en la faisant passer à droite ou à gauche.

L'état variqueux du col coïncide souvent avec des tumeurs hémorrhoïdales: on le reconnaîtra à la résistance molle qu'éprouve la sonde, et à la sortie du sang par l'instrument, lors même que le malade n'a pas souffert de son introduction.

La déviation du canal peut être produite par la rupture du corps caverneux ou son inflammation : ces accidents se manifestent dans la chaude-pisse cordée ou à la suite de lésions traumatiques. Dans ces différents cas, l'interrogation du malade et l'exploration des organes suffisent pour arriver à un diagnostic certain.

Au lieu de pousser la sonde directement en avant, on passe de côté en haut ou en bas; introduite dans l'ouverture déviée, la sonde pénétrera sans peine dans la vessie.

Il est arrivé chez des malades que l'intestin rectum était rempli de matières fécales durcies; l'écoulement de l'urine n'a pu se rétablir que par leur évacuation; l'exploration du rectum doit donc ne pas être oubliée.

IX. Le pronostic variera suivant le nombre, l'ancienneté, l'étendue, le volume, la consistance et la nature des rétrécissements; on devra

s'éclairer par l'examen des organes génito-urinaires. L'observation de l'urine peut fournir des renseignements très-utiles sur leur état; la constitution du malade, s'il est trop irritable, peut influer d'une manière fâcheuse sur l'issue. Règle générale, le pronostic est grave, cet état pathologique ne se guérissant jamais sans les secours de l'art; quelquefois il les réclame d'une manière si pressante, qu'ils ne peuvent être administrés avec assez de promptitude pour prévenir des désordres affreux. Le traitement auquel on est obligé d'avoir recours, doit entrer pour beaucoup dans l'appréciation du pronostic; car les rétrécissements sont la condition la plus défavorable au cathétérisme.

TRAITEMENT.

I. On se propose de détruire l'obstacle qui s'oppose au cours de l'urine. Les moyens pour arriver à ce résultat ne consistèrent pendant long-temps qu'en la dilatation lente et progressive, à l'aide de bougies de différente nature; maintenant on obtient des résultats plus avantageux par la dilatation rapide, telle que je l'ai vue employée à l'hôpital St.-Eloi. Les premiers essais de cautérisation tentés par Philippe, Guillaume Loiseau, Ambroise Paré, furent très-imparfaits et souvent dangereux; Wiseman et Hunter firent renaître, en la modifiant, cette méthode abandonnée depuis long-temps; et l'on doit aux travaux de Ducamp et de M. Lallemand le degré de perfection auquel elle est arrivée aujourd'hui.

L'incision a été mise en usage par M. Despiney contre les rétrécissements de la fosse naviculaire. L'urétrotomie n'est guère employée que par M. Amussat, qui a inventé le coupe-bride: on reproche à cette méthode d'être dangereuse, car on ne peut mesurer la profondeur des incisions, et l'inflammation qu'elles déterminent est capable de faire adhérer les parois du canal, si l'on n'y obviait par l'introduction d'une sonde: c'est alors la sonde qui fait les frais de la cure.

C'est l'application de ces trois méthodes séparées ou associées qui constitue le traitement des rétrécissements organiques.

Mon intention n'est point de décrire les différents instruments et les

procédés auxquels on a recours, mais seulement d'examiner les conditions organiques qui les réclament.

Avant, je crois nécessaire de considérer d'abord la circonstance où un rétrécissement produit une rétention d'urine complète ou imminente, ainsi que les ressources à la disposition du praticien pour empêcher la rupture de la vessie ou du canal de l'urètre.

La plupart des moyens employés, agissant sur la partie rétrécie du canal de l'urètre, la disposent favorablement à la guérison et sont souvent les mêmes que ceux auquels on a recours, lorsque la coarctation n'apporte pas à l'écoulement de l'urine un obstacle aussi grand.

II. Certaines personnes sont douées d'une sensibilité extrême ; une espèce d'éréthisme complique souvent chez elles les rétrécissements organiques, et la rétention d'urine résulte alors de cette réunion. Tandis que ce dernier genre d'obstacle ne suffit point pour lui donner naissance dans l'immense majorité des cas, on ne doit point, dans cette circonstance, chercher à franchir l'obstacle ni à pénétrer dans la vessie ; il vaut mieux combattre cette constriction urétrale par des moyens appropriés. On emploie la médication à laquelle on a recours dans les rétrécissements appelés *spasmodiques:* on porte dans le canal une pommade dans laquelle on incorpore de l'acétate de morphine. Les injections, les lavements opiacés, les bains de siége produisent d'heureux effets ; les préparations avec la jusquiame et la belladone sont aussi très-utiles.

Quand la rétention complète survient tout d'un coup, à la suite de quelque excès, chez une personne affectée déjà de rétrécissement, elle dépend, du moins en partie, de l'inflammation qui est venue se joindre à l'obstacle permanent; il faut s'efforcer de la faire cesser; le cathétérisme serait difficile et même dangereux en augmentant l'inflammation, tandis qu'après l'avoir combattue par les moyens ordinaires: les bains, les sangsues, les saignées, les cataplasmes, lorsqu'on est forcé d'avoir recours au cathétérisme, ses inconvénients sont bien moindres. On commencera par divers procédés opératoires qui rendent cette opération plus facile. Dupuytren est parvenu à franchir des

obstacles qui lui résistaient, en mettant une bougie en contact avec eux et la fixant dans cette position ; au bout de douze et au plus de quarante-huit heures, des sondes ont pu arriver dans la vessie: on peut aussi faire usage de sondes garnies, comme les bougies exploratrices de Ducamp. L'instrument dont l'extrémité est effilée s'introduit dans le rétrécissement, en écarte peu à peu les parois, prend une forme semblable à la sienne, s'y insinue et prépare ainsi la voie à la sonde, qui s'y engage à son tour et pénètre jusque dans la vessie.

Les cordes à boyau, préparées suivant le procédé de Delpech, sont d'une utilité incontestable.

Les injections forcées sont employées par MM. Amussat, Despiney ; on peut y rattacher le moyen préconisé par Sœmmering. N'importe le mécanisme à l'aide duquel la matière de l'injection doive surmonter l'obstacle, le mode d'action est à peu près le même.

Ces différents procédés sont mis en usage pour éviter le cathétérisme forcé ou la ponction de la vessie. Ils réussissent très-souvent ; cependant il est des cas où ils échouent, ou bien dans lesquels les accidents sont devenus si pressants, que l'on n'a pas le temps nécessaire pour les employer ou pour attendre qu'ils aient produit leur effet. Il faut alors recourir à l'une des deux autres ressources.

Par le cathétérisme forcé, on cherche à se frayer une route dans l'épaisseur de la portion obstruée du canal. Desault employait une sonde d'argent du volume de celles dont on se sert pour les enfants ; Boyer leur a substitué des sondes coniques ; Delpech avait adopté l'usage de sondes coniques en platine, dans lesquelles la solidité est réunie aux moindres dimensions possibles.

Par la ponction, on crée une route artificielle par laquelle on introduit une canule qui transporte les urines de la cavité vésicale à l'extérieur : on préfère généralement la région hypogastrique pour lieu d'élection. Par le cathétérisme forcé, on n'est pas toujours sûr d'arriver à la vessie, tandis que par la ponction on est sûr d'évacuer l'urine.

Quand on a réussi par la première opération, on a déjà fait un grand pas pour la guérison de la maladie qui a déterminé la rétention : on remplit à la fois une double indication.

La ponction ne remédie qu'à un accident et ne sert à rien pour le traitement de la maladie principale ; elle donne seulement du temps et permet de l'attaquer par des moyens dont l'exécution est plus facile et moins dangereuse que le cathétérisme forcé, et dont le succès est à peu près constant, lorsqu'on peut les mettre en usage pendant un certain temps et avec la persévérance convenable.

Il faut être bien sûr de sa main pour pratiquer le cathétérisme forcé, et l'on doit s'arrêter dès qu'une sensation insolite avertit que la sonde s'écarte du trajet à parcourir ; sans cette précaution, on s'exposerait à des désordres que l'on ne peut prévoir et que l'on n'est pas certain de pouvoir réparer.

III. Les rétrécissements organiques forment plusieurs catégories, dont la distinction est importante pour le traitement. Ainsi, existent-ils au méat urinaire, la présence du tissu érectile, sa sensibilité, feront adopter telle méthode plutôt que telle autre. Il en sera de même, si la coarctation est due à la présence d'une nodosité, à une induration ordinaire du tissu sous-muqueux, au gonflement chronique de la membrane interne de l'urètre, à une cicatrice, à une bride, si l'obstacle consiste en un tissu devenu cartilagineux, ou qui ne permet point, en l'explorant, l'introduction d'un corps étranger. Toutes ces circonstances différentes de la même maladie sont la source d'indications thérapeutiques spéciales.

IV. *Rétrécissements du méat urinaire.* Tantôt ils naissent sous l'influence d'une phlogose caractérisée par l'augmentation de sensibilité et d'afflux sanguin ; la congestion, après avoir persisté quelque temps, laisse une substance gélatino-albumineuse : il en résulte l'état appelé *induration*, lorsque l'absorption a enlevé les portions les plus fluides.

Tantôt ces rétrécissements doivent leur origine à des ulcères vénériens situés sur ce point. La cicatrice, en se consolidant, ramène les tissus de manière à resserrer l'orifice du canal : les mêmes phénomènes se passent ainsi dans tout autre point du canal. Cette espèce de rétrécissement est d'un diagnostic facile. On voit souvent l'orifice presque

oblitéré par une pellicule membraneuse et un grand nombre de trajets fistuleux, permettre l'issue de l'urine en arrosoir.

L'expérience a démontré l'inefficacité de la dilatation et de la cautérisation dans ces sortes d'obstacles.

Le tissu trop irritable du gland s'oppose à leur emploi, et ces moyens, loin de diminuer le resserrement, ne font que l'augmenter. A l'aide d'un bistouri très-étroit, conduit sur une sonde cannelée, une incision est faite dans la direction du frein : s'il n'existe qu'une simple pellicule, un coup de lancette ou de ciseau suffit pour la diviser. Après cette opération, on a soin d'introduire une sonde, afin d'empêcher la cicatrisation immédiate des tissus divisés. M. Despiney cautérise légèrement la plaie pour éviter l'agglutination de ses bords.

V. *Nodosités.* Une inflammation chronique du tissu cellulaire sous-muqueux en détermine l'engorgement. A celui-ci succèdent souvent des nodosités appréciables avec le doigt, à travers le canal. Il est facile de les reconnaître à la présence d'une tumeur, dure plus ou moins, suivant le degré de développement auquel elle est arrivée.

Ces indurations s'étendent jusqu'au corps spongieux, dans les parties auxquelles elles correspondent, et laissent presque intacte la membrane muqueuse. Les praticiens qui ont recours à l'incision dans ces cas, se se proposent de déterminer une abcession artificielle. La suppuration provoque l'élimination de matériaux étrangers renfermés dans les mailles des tissus affectés. Le nouveau mode de vitalité amène une résolution prompte, et le canal recouvre son calibre naturel. Pendant le travail de suppuration de la plaie, la présence d'une sonde produirait la perforation de la membrane muqueuse. L'incision doit être faite de manière à diviser les tissus couche par couche, de dehors en dedans, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la membrane interne qu'il faut éviter de léser.

L'incision pénétrerait toute l'épaisseur de l'urètre qu'il ne faudrait pas désespérer du succès. M. Lallemand a réussi dans un cas où il n'avait pour guide que la résistance transmise par la sonde à l'endroit

du rétrécissement. Dans l'étendue de cinq à six lignes, toute l'épaisseur de la paroi inférieure du canal fut divisée : cette opération fut suivie d'une guérison complète.

VI. *Rétrécissements par cicatrices.* La cautérisation, soit latérale, soit d'avant en arrière, ne saurait être employée avec avantage; par une action caustique profonde, elle produirait une perte de substance dans le tissu fibreux de la cicatrice, tissu qui est nécessaire et qui se reproduirait en cas d'ablation. De plus, ces strictures ayant leur siége principal à l'extérieur du canal, la plus petite portion correspond à la muqueuse elle-même, en sorte que la cautérisation ne peut guère les modifier heureusement.

C'est à la dilatation qu'il faut avoir recours. Sans doute ces rétrécissements présentent de grandes difficultés ; on le conçoit d'après la nature du tissu contre lequel on a à lutter, ils ont une tendance insurmontable à la rétraction lorsqu'on suspend l'action des corps dilatants; c'est au point que des malades ont été assujétis à conserver toujours des sondes à demeure dans le canal. Dans les cas où ils ne sont pas astreints à un inconvénient aussi fâcheux, ils n'obtiennent leur guérison que par la dilatation long-temps continuée. Plus la coarctation a de force et d'étendue, plus il faut insister sur le séjour fréquemment répété des sondes; il ne faut en suspendre l'usage que graduellement et à des intervalles de plus en plus éloignés. Il faut souvent une persévérance de plusieurs mois et même de quelques années pour obtenir une guérison complète. D'abord, le malade peut se dispenser des corps dilatants pendant quelques jours, huit, quinze, puis durant un mois, jusqu'à ce qu'enfin il soit délivré de la nécessité d'y recourir. Outre leur action excentrique, les moyens dilatants entretiennent une irritation convenable dans le point rétréci et dans les parties adjacentes. Les matériaux déposés dans la trame de la cicatrice, ramollis par l'irritation sécrétoire, opposent une moindre résistance à l'absorption ; de plus, les sondes, en comprimant les tissus, empêchent l'afflux de nouvelles molécules. L'analyse des effets de la sonde sur les cicatrices a jeté un grand jour sur leur thérapeutique, en montrant la

possibilité de les modifier, au point de les rendre semblables aux tissus au milieu desquels elles se trouvent.

VII. *Rétrécissements ordinaires.* Ce sont les indurations du tissu sous-muqueux. D'après ce que nous venons de dire pour les cicatrices, il est facile de concevoir ici le succès de la dilatation ; c'est surtout dans ces cas que cette méthode convient. Ces rétrécissements peuvent être guéris radicalement en peu de temps, surtout s'ils ne sont pas très-étendus. Un jour suffit quelquefois, au moyen de la dilatation rapide, pour élargir le plus possible le canal. On a soin, suivant l'idiosyncrasie du malade, la sensibilité du canal et les progrès que l'on obtient, d'augmenter le calibre des sondes par intervalle de deux ou trois heures.

Il est un phénomène d'une haute importance, parce qu'il est la source d'une indication précieuse. Dès que la sonde est retirée, il se fait une congestion dans la partie, et le malade, après avoir uriné à plein canal, urine mal ou n'urine plus. Si l'on se pressait de céder à ses désirs et d'introduire une sonde, cette manœuvre ne serait pas sans danger : cette difficulté d'uriner cède ordinairement d'elle-même. Lorsque cet état continue, on a recours aux anti-phlogistiques ou aux narcotiques, suivant les circonstances particulières d'organisation. Les avantages de la dilatation rapide sont incontestables ; l'effet fâcheux des sondes étant toujours proportionné au temps qu'elles restent dans le canal. Cette méthode, en diminuant la durée de leur séjour, n'expose pas à plus de récidives ; car le retour du canal sur lui-même ne se fait pas d'autant moins vite qu'on aura mis plus de temps à l'élargir.

Il est permis de poser en principe que ces rétrécissements, dès qu'ils ont été traversés par une bougie si fine qu'elle soit, sont guérissables par la dilatation convenablement employée. On a exagéré les douleurs et les dangers de cette méthode ; le suintement muqueux qu'elle détermine disparaît à peu près constamment de lui-même ; la fièvre intermittente, qu'elle cause dans certains cas, n'a rien d'inquiétant.

VIII. *Rétrécissement par gonflement chronique de la membrane*

muqueuse. On les rencontre plus fréquemment chez les vieillards que chez les adultes, et particulièrement chez les personnes qui, à la suite de plusieurs blennorrhagies, ont fait usage pendant long-temps de bougies plus ou moins irritantes pour se débarrasser d'un suintement habituel. M. Amussat a donné des soins à deux malades qui se trouvaient dans ce cas : l'un s'était servi pendant long-temps de bougies de Daran pour faciliter l'émission de l'urine ; l'autre s'introduisait chaque soir de petites bougies, qu'il trempait préalablement dans l'extrait de saturne. Chez le premier, qui mourut d'un ancien catarrhe de la vessie, le canal était rétréci dans l'étendue de quinze lignes; la muqueuse présentait un état de turgescence remarquable.

La partie de l'urètre située en arrière était très-élargie, ainsi que les lacunes : généralement ces espèces d'altérations présentent une grande étendue ; ainsi, chez l'autre malade de M. Amussat, elle avait plusieurs pouces de longueur. Dans ces circonstances, on retire de bons effets de la cautérisation : elle doit être légère, superficielle. Je l'ai vu aussi employer avec avantage après la dilatation, lorsque la muqueuse est le siége d'une sécrétion qui se prolonge trop de temps ; dans ce cas, elle produit un effet tonique remarquable. Certains rétrécissements se reconnaissent à la facilité avec laquelle ils donnent du sang, tandis que les autres rétrécissements organiques ne saignent pas; ces cas ne sont pas favorables à l'application du nitrate d'argent : il est difficile d'empêcher le sang d'en transporter une partie sur quelque point de la membrane muqueuse saine.

IX. *Rétrécissements avec ulcérations.* Sans être aussi fréquentes qu'on l'avait cru, les ulcérations de l'urètre n'ont cependant pas une existence hypothétique. Le malade éprouve un sentiment très-vif de cuisson par le passage de l'urine sur la surface ulcérée ; l'émission de ce fluide peut être suspendue par la douleur, qui fait crisper le canal de l'urètre dans ce point. Des stries de sang se mêlent à l'urine ; le moindre contact des sondes y détermine des élancements, des symptômes généraux, qui obligent à les retirer ; une matière purulente mêlée de sang sort de l'urètre. La cautérisation superficielle, légère,

agit ici comme dans un grand nombre d'autres circonstances où elle est suivie de succès, par exemple, dans les ulcères de la cornée. Elle n'a point pour effet de produire une perte de substance, mais seulement de modifier la vitalité des tissus ; sous son influence, l'engorgement des parties disparaît.

X. *Rétrécissements par brides.* Dans les rétrécissements ordinaires, l'orifice est en entonnoir avec resserrement graduel ; il n'en est pas ainsi lors d'une bride qui dépend d'une cicatrice ou d'un relief de la membrane muqueuse, que le jet de l'urine, par son effort de pression, a rendu plus saillant et plus mince. Dans ce cas, le porte-empreinte ramène une tige droite qui se réunit à une surface aplatie ; une sonde ou une bougie franchit l'obstacle avec une secousse brusque : ce sont ces brides, ces diaphragmes qui arrêtent surtout l'explorateur de M. Amussat, lorsqu'on retire l'instrument d'arrière en avant ; le coupe-bride du même auteur est principalement avantageux dans ces sortes de coarctations.

M. Lallemand se sert avec succès de la cautérisation dirigée d'arrière en avant. La cautérisation latérale a pour inconvénient de porter sur des tissus sains ; elle est par conséquent douloureuse, et son action étant prolongée aurait pour effet de déterminer une perte de substance. Il convient donc de porter une bougie armée à travers une sonde d'argent ouverte à ses deux extrémités ; l'orifice de la sonde est maintenu contre l'obstacle ; alors le nitrate d'argent agit seulement sur la surface à détruire : des instruments droits ou courbes doivent être employés suivant la portion du canal à laquelle on a affaire. Une seule application suffit ordinairement pour détruire la membrane qui obstrue le canal ; on ne doit cesser le contact que lorsqu'on a senti la résistance céder. Souvent, pour rendre l'action du caustique plus énergique, on imprime à l'instrument un mouvement de rotation : le cours de l'urine est rétabli sur-le-champ après cette opération.

XI. *Rétrécissement avec impossibilité de rencontrer l'orifice de l'obstacle.* Souvent, malgré toute la patience et l'habileté possibles, après

avoir employé toutes les précautions nécessaires, on ne peut faire pénétrer dans le rétrécissement la bougie la plus fine; les sondes exploratrices sortent déformées et sans empreintes qui puissent indiquer aucune ouverture. Les tissus sont tellement altérés, la direction du canal contournée, que toutes les tentatives répétées un grand nombre de jours restent sans succès. L'orifice, outre son étroitesse, peut être caché sous un pli de la membrane muqueuse. Des rétrécissements de cette nature se sont présentés à tous les praticiens; il faut agir pour prévenir les accidents d'une rétention d'urine complète: on a recours à la cautérisation d'avant en arrière. Delpech, dans sa clinique chirurgicale, parle de deux malades qu'il traita par ce procédé. Chez le premier, plus d'un mois fut consacré à des cautérisations pratiquées tous les deux jours; on eut recours après à la dilatation: l'engorgement se dissipa complétement, les fistules se cicatrisèrent, et six mois après la guérison était complète. Chez le second, après quarante jours de cautérisation, la bougie pénétra tout d'un coup à une grande profondeur: on reconnut sa présence dans le rectum. Le cathétérisme forcé fut pratiqué deux jours après, assez heureusement pour éviter la fausse route; le traitement de la coarctation fut poursuivi par l'usage des sondes de gomme élastique, et amena la guérison complète.

M. Lallemand a pratiqué la cautérisation d'avant en arrière sur quatre malades, dont les rétrécissements n'avaient pu être franchis pendant une période d'un mois ou d'un mois et demi. On emploie dans cette circonstance la sonde armée de Hunter, ou une bougie garnie d'un petit morceau de nitrate d'argent, à laquelle une canule sert de conducteur.

On ne peut pas toujours, malgré les plus grandes précautions, éviter les fausses routes. La bougie armée agissant directement par sa pointe, si celle-ci se dévie, on brûle des parties saines; d'un autre côté, le caustique est maintenu par une substance molle: il peut se détacher et tomber dans l'urètre; la fracture du nitrate d'argent a eu souvent lieu.

Il faut avoir détruit le rétrécissement dans toute sa longueur, pour

reconnaître le résultat de cette opération : en lisant les observations des praticiens, on voit quelle est leur inquiétude à ce sujet. La rétention d'urine peut persister quelquefois assez long-temps pour faire craindre la nécessité de la ponction de la vessie.

Chez un malade opéré par M. Lallemand, au bout de dix-huit heures, un cylindre de matières noirâtres fut expulsé au milieu d'efforts violents : à la sortie de cette escharre, l'urine coula à plein jet ; chez un autre, la rétention céda à l'introduction dans le canal d'une pommade contenant trois grains d'acétate de morphine.

Ainsi, cette méthode, à laquelle on n'a recours du reste que dans les cas extrêmes et lorsqu'on ne peut pas faire autrement, fait acheter la guérison au milieu des dangers les plus grands et exige une grande expérience.

XII. *Rétrécissements cartilagineux.* Dans les rétrécissements très-anciens, très-durs, qui donnent par la sonde la sensation d'un corps cartilagineux, on a recours à la cautérisation latérale ; elle doit être vigoureuse, profonde. Le tissu est doué de peu de vitalité ; la sensibilité y est presque nulle ; on n'a pas à craindre la douleur ni l'inflammation : ces phénomènes se déclarent seulement lorsque le caustique porte son action sur des tissus sains. On attend ordinairement, pour renouveler son application, que l'escharre soit tombée ; la dilatation resterait sans effet dans ces cas. La consistance des tissus rend raison de l'inefficacité de ce moyen. Ici le nitrate d'argent a pour but de détruire plutôt que de modifier ; les corps dilatants doivent précéder, afin de permettre l'introduction de sondes porte-caustique volumineuses : de cette manière, leur action est plus étendue. Lorsqu'il y a plusieurs rétrécissements, on procède du plus profond au plus antérieur : le traitement exige dès-lors moins de temps. Lorsqu'on a rendu au canal son calibre, on ne doit pas employer la dilatation : les corps étrangers introduits dans l'urètre auraient l'inconvénient d'emporter la cicatrice qui se forme.

D'après ce court exposé, il est facile de voir la part de la dilatation

et de la cautérisation, et combien les partisans exclusifs de ces méthodes s'étaient jetés dans l'exagération. L'action bien comprise des sondes, la double propriété départie au nitrate d'argent de modifier les tissus et de produire une perte de substance, suivant son mode d'application, sont autant de faits qui ont porté à se servir de ces moyens pour le soulagement de l'humanité ; et s'il est juste de dire qu'il n'y a peut-être pas en médecine de proposition absolument vraie, peut-on avancer qu'un agent thérapeutique n'aura jamais son indication?



Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, *Examinateur.*	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES, *Examinateur.*	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, *Examinateur.*	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, Président.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO DE AMADOR, *Sup.*[t]	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Examinateur.*
KÜNHOHLTZ.
BERTIN, *Suppléant.*
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Examinateur.*
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.
